

Gender sensitivity in health care practices : from awareness to action

Citation for published version (APA):

Çelik, H. (2009). *Gender sensitivity in health care practices : from awareness to action*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20091120hc>

Document status and date:

Published: 01/01/2009

DOI:

[10.26481/dis.20091120hc](https://doi.org/10.26481/dis.20091120hc)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

That sex and gender matter in health and health care has been demonstrated in a high number of studies about gender and health. It has been shown in the scientific arena that there are differences in epidemiology, presentation and course of diseases, as well as in treatment effectiveness and prognosis. At present, we have increasing knowledge about the influences of sex and gender on health and how disparities between the sexes in health prevail to exist. However, this growing body of knowledge does not automatically mean that gender sensitivity has been implemented in healthcare practices. We need to identify not only the differences in patients' needs themselves, but also the constraints that healthcare practices and professionals face in trying to meet patients' needs. Thus far, we seem to lack best practices and ways for successful implementation of gender related knowledge in health care. To promote the uptake and dissemination of gender sensitivity in practice, best practices can be vehicles to apply knowledge, improve it and share the lessons learned with health professionals. Therefore we first investigate in chapter 2 the state of art concerning the provision of gender sensitivity in health care practices and in chapter 3 we provide a literature review focused on gender sensitivity.

CHAPTER 2

The aim of this chapter is to investigate to which extent diversity is part of current healthcare practices and to explore opportunities and barriers in the implementation of diversity dimensions in health care practices. Nine in-depth, semi-structured interviews and three focus groups were conducted in three healthcare settings (mental health, hospital, nursing home care). The results demonstrate that (the potential of) diversity is an ambiguous issue; diversity is said to be important, but this has not led to adjustments of the neutral, disease-oriented approach of patients. If recognized at all, diversity is reduced to one dimension (sex). Barriers in the implementation of diversity relate to: (a) lacking awareness and knowledge of diversity, (b) poor information and communication, and (c) organizational constraints. Opportunities to implement diversity in healthcare include: (d) an emerging sense of urgency to attend to diversity, (e) the development of good practices, and (f) the political climate. We conclude that various barriers and some opportunities for the implementation of diversity in healthcare practices exist in the practices under study. There is ambiguity in how professionals deal with diversity. As a result, a neutral approach remains dominant in practice and policy. In order to raise awareness and enhance the competence of professionals, educational programmes and learning networks are required.

CHAPTER 3

In this chapter a systematic review is provided regarding the implementation of gender sensitivity in healthcare. Literature was identified from CINAHL, PsycINFO, Medline, EBSCO and Cochrane (1998-2008) and the reference lists of relevant articles. The quality and relevance of 752 articles were assessed. Based on a three-step inclusion process: (1) selection based on title/abstracts; (2) selection based on full text; and (3) citation tracking, 11 empirical studies involving opportunities and barriers for the implementation of gender sensitivity in healthcare practices were included. Our results demonstrate that the implementation of gender sensitivity includes factors related to the professional, organizational and the policy level. Yet, the majority of studies focus solely on behavioural change of professionals by education or on the organizational culture. Development of comprehensive interventions to implement gender and their evaluation are needed to improve gender sensitivity in healthcare. These interventions should take into account the forming of a core group with committed key players in an institution, developing an appealing vision for the future, training and educating professionals, sharing successes by good and best practices and providing feasible solutions to the main obstacles experienced by the key actors in the process of change.

We continue the state of art concerning gender sensitivity in theory and practice with the uptake and dissemination of gender sensitivity in practice. In chapter 4 we investigate the effects of a training programme in primary health care practices (General Practice) and in chapter 5 we identify facilitators and barriers perceived by General Practitioner's (GPs) to maintain gender sensitivity in practice. In chapter 6 we present a process evaluation of a gender sensitive training in secondary health care practices: mental health practice, a hospital practice and nursing home practice.

CHAPTER 4

In this chapter we aimed to investigate whether GPs' gender sensitivity can be stimulated by a training programme. The focus was on three diseases: angina pectoris, depression and urinary incontinence. This chapter had a quantitative, explorative and descriptive design. By means of a training programme 18 GPs were trained to focus on gender-sensitive recommendations for the three diseases. With standardised registration forms, data were collected during a 6-month period. During the registration period, the GPs were visited by the study team to discuss the process of data collection. The GPs filled in registration forms for 100 patients: 39 with angina pectoris (31 women and 8 men), 40 with depression (26 women and 14 men), and 21 with urinary incontinence (20 women and 1 man). The results show that gender sensitivity can be stimulated among trained professionals. The combination of the training programme, clear and

practical recommendations, daily discussion of relevant cases between GP couples, feedback and support during registration by the study team contributed to the outcome. We conclude that GPs' gender sensitivity was stimulated by the training programme and the supporting visits. Ideally, structural attention could be realised by embedding gender issues in existing organisational structures of general practices.

CHAPTER 5

This chapter aims to identify the facilitators and barriers perceived by GPs to maintain a gender perspective in family practice. Therefore, nine semi-structured interviews were conducted among nine pairs of GPs. The data were analysed by means of deductive content analysis using theory-based methods to generate facilitators and barriers to gender sensitivity. Our results show that gender sensitivity in family practice can be influenced by several factors which ultimately determine the extent to which a gender sensitive approach is satisfactorily practiced by GPs in the doctor-patient relationship. Gender awareness, repetition and reminders, motivation triggers, and professional standards were found to facilitate gender sensitivity. On the other hand: lacking skills and routines, scepticism, heavy workload, and the timing of implementation were found to be barriers to gender sensitivity. We conclude that while the potential effect of each factor affecting gender sensitivity in family practice has been elucidated, the effects of the interplay between these factors still need to be determined.

CHAPTER 6

This chapter presents a process evaluation of a diversity sensitivity training program for healthcare professionals. The training was implemented in three health care practices (mental health, nursing home and hospital care). Mixed methods were used to monitor the implementation of the training and its effects after three years. Findings demonstrate that the training stimulated participants' awareness, knowledge and critical attitude towards diversity. The motivation and willingness to take action regarding diversity was also enhanced. Yet, these developments were less apparent among nursing home participants who felt less satisfied and did not develop a critical perspective on this issue. Qualitative data were helpful to explain differences between the settings. By means of the combination of quantitative and qualitative data, we can conclude that individual learning was not enough to guarantee a sensitive approach to diversity at the organizational level.

CHAPTER 7

Successful implementation of gender sensitivity in health care practices can be facilitated by initiatives at the individual professional level, the organization level and the wider political level. Best practices include continuous exposure of potential users to gender sensitive knowledge (professional education and workplace learning), organizations with an absorptive capacity and a receptive culture towards new ideas (active involvement of organizational key actors, especially women in strategic positions), and dedicated and ongoing (financial and political) support from the wider political environment. The lessons we have learned in this project can be a vehicle to promote the uptake and dissemination of gender sensitivity in health care practices.

Samenvatting

Dat verschillen als gevolg van sekse en gender van invloed zijn op ziekte en gezondheid is inmiddels uitgebreid aangetoond in wetenschappelijke literatuur. Genderverschillen bestaan op het gebied van epidemiologie, klachtenpresentatie en betekenisgeving, ziekteverloop, diagnosestelling, behandeling en preventie. Echter, de groeiende hoeveelheid literatuur betekent niet automatisch dat professionals in de gezondheidszorg sensitiever zijn geworden voor gender en dat waardevolle inzichten en werkwijzen over genderverschillen in gezondheidspraktijken zijn geïmplementeerd. Daartoe is het niet alleen nodig om verschillen tussen patiënten te duiden, maar vooral ook om de obstakels en positieve ervaringen waar gezondheidspraktijken en professionals tegenaan lopen bij de implementatie van gender sensitiviteit te identificeren. Tot op heden ontbreken systematische beschrijvingen van gender sensitieve ‘best practices’ en inzichten in de belemmeringen en mogelijkheden om gender gerelateerde veranderingen in gezondheidspraktijken te implementeren. Deze dissertatie wil hieraan een bijdrage leveren door een analyse van de huidige praktijk en kennis over de implementatie van gender sensitiviteit, en de evaluatie van trainingsprogramma’s voor gender sensitiviteit en diversiteit in de 1^e en 2^e lijn.

In deze dissertatie bespreken we allereerst in hoofdstuk 2 de stand van zaken in gezondheidspraktijken betreffende de sensitiviteit van professionals voor verschillen, waarna we in hoofdstuk 3 een literatuuroverzicht geven over gender sensitiviteit.

HOOFDSTUK 2

Dit hoofdstuk heeft tot doel het onderzoeken van de mate waarin aandacht voor verschillen tussen patiënten een onderdeel is van huidige gezondheidspraktijken. Ook wordt in dit hoofdstuk behandeld welke mogelijkheden en beperkingen er zijn om aandacht voor verschillen in gezondheidspraktijken te implementeren. Daartoe zijn negen semi-gestructureerde diepte-interviews en drie focusgroepen gehouden in drie gezondheidspraktijken (geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuis en verpleeghuis). De resultaten van dit onderzoek hebben aangetoond dat diversiteit een ambigu concept is; diversiteit wordt als belangrijk gepresenteerd, maar dit heeft in de praktijk (nog) niet tot zichtbare veranderingen van de neutrale ziektegeoriënteerde benadering geleid. Als diversiteit al herkend wordt, dan is de aandacht beperkt tot één dimensie ervan (sekse), terwijl vanuit een intersectionele benadering ook andere dimensies van verschil (waaronder leeftijd, sociaal economische status, etniciteit) en de wederzijdse beïnvloeding daartussen, verschillen bepalen. Barrières om diversiteit in de praktijk te implementeren zijn het gevolg van (a) een gebrek aan bewustzijn van en kennis over diversiteit, (b) tekortschietende informatie en communicatie, en (c) organisatorische beperkingen. Het implementeren van diversiteit in gezondheidspraktijken wordt juist gestimuleerd door (d) een stijgende sensitiviteit voor het belang van diversiteit, (e) het ontwikkelen van

goede praktijkvoorbeelden en een stimulerend politiek klimaat. We concluderen dat verschillende barrières en mogelijkheden een rol spelen bij het implementatieproces van diversiteit in gezondheidspraktijken. Bovendien gedragen professionals zich paradoxaal met betrekking tot diversiteit. Als gevolg daarvan, blijft een neutrale benadering de praktijk en het beleid daarvan domineren. Om het bewustzijn van professionals te verbeteren en hen competenter te maken zijn gerichte opleidingsprogramma's en lerende netwerken vereist.

HOOFDSTUK 3

In dit hoofdstuk wordt een systematisch literatuuroverzicht met betrekking tot de obstakels en mogelijkheden bij de implementatie van gender sensitiviteit in gezondheidspraktijken gepresenteerd. Voor het identificeren van literatuur werden de databases CINAHL, PsycINFO, Medline, EBSCO en Cochrane (1998-2008) gebruikt. Daarnaast werden de referentielijsten van de relevante artikelen doorlopen. De kwaliteit en de relevantie van 752 artikelen werd beoordeeld. In totaal werden 11 empirische studies geïncludeerd via een 3-staps selectietechniek: (1) selectie op basis van titel/abstract, (2) selectie op basis van volledige tekst; en (3) selectie op basis van referentielijsten. Uit de resultaten blijkt dat de aandacht voor gender en de implementatie daarvan in de praktijk afhankelijk is van verschillende factoren die op drie niveaus een rol spelen: het professionele niveau, het organisatieniveau en het beleidsniveau. Opvallend is dat de meerderheid van de studies zich ofwel uitsluitend beperkt tot een gedragsverandering van professionals middels opleiding ofwel tot een verandering van de organisatiecultuur. Het is nodig om interventieprogramma's te ontwikkelen om gender op meerdere niveaus te implementeren en te evalueren teneinde gezondheidspraktijken gender sensitiever te maken. Voor het slagen van deze brede interventies zijn van belang: betrokken sleutelfiguren binnen de organisatie, training en opleiding van professionals, delen van succes middels 'goede praktijken' en het bieden van oplossingen voor de belangrijkste ervaren obstakels in het veranderingsproces. Ten slotte zouden organisaties die succesvol zijn bij het implementeren van gender sensitiviteit beleidsmatig ondersteund moeten worden in de vorm van positieve publiciteit, middelen en mankracht.

Na deze stand van zaken betreffende gender sensitiviteit in theorie en praktijk wordt deze dissertatie voortgezet met het oppakken en verspreiden van gender sensitiviteit in gezondheidspraktijken. In hoofdstuk 4 onderzoeken we de effecten van een trainingsprogramma voor het verhogen van gender sensitiviteit bij professionals dat in de eerste lijn (huisartsenpraktijken) is uitgezet. In hoofdstuk 5 beschrijven we de factoren die deze huisartsen in de praktijk faciliteren dan wel belemmeren bij het in de praktijk brengen van de gender gerelateerde kennis, die zij middels het trainingsprogramma hebben opgedaan. In hoofdstuk 6 bespreken wij een procesevaluatie van een compe-

tentieprogramma voor gender gerelateerde onderwerpen in de tweedelijns gezondheidszorg (GGZ, ziekenhuis, verpleeghuis).

HOOFDSTUK 4

Dit hoofdstuk stelt zich ten doel te onderzoeken of de gender sensitiviteit van huisartsen middels een trainingsprogramma gestimuleerd kan worden. Het onderzoek waarover wordt gerapporteerd heeft een kwantitatief, exploratief en beschrijvend design. Het trainingsprogramma focust op drie ziektebeelden (angina pectoris, depressie en urine incontinentie) en werd uitgezet onder negen huisartsenkoppels. Middels gestandaardiseerde registratieformulieren, werd data verzameld gedurende zes maanden. Tijdens de registratieperiode werden de huisartsen bezocht door het studieteam om het proces van dataverzameling te bespreken. In totaal zijn 100 registratieformulieren ingevuld: 39 voor angina pectoris (31 vrouwen, 8 mannen), 40 voor depressie (26 vrouwen, 14 mannen) en 14 voor urine-incontinentie (20 vrouwen, 1 man). De resultaten laten zien dat gender sensitiviteit onder getrainde professionals bevorderend kan worden. De combinatie van een trainingsprogramma, duidelijke en praktische aanbevelingen, dagelijkse besprekingen van relevante casussen tussen de huisartsenkoppels, feedback en ondersteuning vanuit de onderzoeksteam, lijken bij te hebben gedragen aan het positieve resultaat. We concluderen dat de aandacht voor gender in de praktijk gestimuleerd kan worden dankzij de combinatie van een trainingsprogramma en ondersteunende bezoeken in de praktijk. Idealiter zou structurele aandacht kunnen worden gerealiseerd door gender gerelateerde onderwerpen in bestaande organisatiestructuren van huisartsenpraktijken in te bedden.

HOOFDSTUK 5

Dit hoofdstuk beoogt de factoren te identificeren die huisartsen als beperkend dan wel als bevorderend ervaren bij het behouden van een gender perspectief in de huisartsenpraktijk. Daartoe zijn negen semi-gestructureerde interviews gehouden onder negen koppels van huisartsen. Data werd geanalyseerd door middel van de deductieve content analyse, waarbij ‘theory-based’ methoden zijn gebruikt om bevorderende en belemmerende factoren te genereren. De resultaten laten zien dat gender sensitiviteit in huisartsenpraktijken beïnvloed kan worden door een verscheidenheid van factoren. Deze factoren zijn uiteindelijk bepalend voor de mate waarin een gender sensitieve benadering in de arts-patiënt relatie wordt gepraktiseerd. Gender bewustzijn, repetitie, geheugensteuntjes, motiverende ‘triggers’ en professionele standaarden zijn factoren die gender sensitiviteit in de praktijk kunnen bevorderen. Aan de andere kant kunnen factoren als gebrek aan vaardigheden en routines, een sceptische houding, hoge werkdruk en de

slechte timing van de implementatie als beperkend werken voor het behouden van gender sensitiviteit in de praktijk. We concluderen dat, terwijl het potentiële effect van de verschillende factoren op gender sensitiviteit in dit hoofdstuk wordt opgehelderd, de effecten van de wisselwerking tussen deze factoren op elkaar nog verder onderzocht dienen te worden.

HOOFDSTUK 6

In dit hoofdstuk wordt een procesevaluatie beschreven van een diversiteitscompetentie-training voor professionals in de gezondheidszorg. De training is geïmplementeerd in drie gezondheidspraktijken: GGZ, ziekenhuis en verpleeghuis. Een mixed method strategie is gebruikt om de implementatie van de training en zijn effecten (na drie jaar) te monitoren. De resultaten laten zien dat de training het bewustzijn, kennis en kritische attitude van de deelnemers met betrekking tot diversiteit heeft bevorderd. De motivatie en de bereidwilligheid tot het nemen van gerichte acties stimuleerden eveneens de aandacht voor diversiteit in de praktijk. Deze ontwikkeling was echter minder duidelijk onder de deelnemers in het verpleeghuis. Zij waren minder tevreden en ontwikkelden niet een kritisch vermogen met betrekking tot diversiteit. Onze kwalitatieve data waren nuttig om de verschillen tussen de settings te duiden. Dankzij de combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve data kunnen we concluderen dat ‘individual learning’ niet voldoende is om aandacht voor diversiteit op organisatieniveau te garanderen.

HOOFDSTUK 7

Succesvolle implementatie van gender sensitiviteit in gezondheidspraktijken kan worden gefaciliteerd door initiatieven op het individuele professionele niveau, het organisatieniveau en het politieke omgevingsniveau. Voor een ‘goede praktijk’ is het nodig dat potentiële gebruikers structureel worden blootgesteld aan gender sensitieve kennis (professionele opleiding en leren op de werkvloer), dat de organisatie en de organisatiecultuur ontvankelijk zijn richting nieuwe ideeën (actieve betrokkenheid van sleutelfiguren) en dat er structurele (financiële en politieke) steun is vanuit de politieke omgeving. De lessen uit deze dissertatie kunnen behulpzaam zijn bij het promoten van het oppakken en verspreiden van gender sensitiviteit in gezondheidspraktijken.